

# 看護学生の小児看護学実習における インシデントの実態と教育上の課題

遠 藤 芳 子<sup>1)</sup>・後 藤 順 子<sup>1)</sup>・青 木 実 枝<sup>1)</sup>  
遠 藤 恵 子<sup>1)</sup>・山 田 皓 子<sup>1)</sup>・佐 藤 幸 子<sup>2)</sup>

## The actual Conditions Surrounding Incidents During Nursing Students' Pediatric Practical Training and Problems of Education.

Yoshiko ENDO<sup>1)</sup>, Junko GOTO<sup>1)</sup>, Mie AOKI<sup>1)</sup>, Keiko ENDO<sup>1)</sup>,  
Kouko YAMADA<sup>1)</sup>, Yukiko SATO<sup>2)</sup>

**Abstract :** Risk management and the prevention of medical accidents even when keeping pace with the advancement of medical treatments and medical specialization, is strongly demanded within the nursing profession. It is therefore necessary to produce specialists confident with their practical ability to maintain safety standards even with basic training education.

This research with the objective of frank consideration on the subject of pediatric nursing makes clear the circumstances surrounding incidents concerning nursing students on pediatric nursing practical training in hospitals.

With effect, nine example incidents will be explained concerning nursing students, all of whom were on pediatric nursing practical training courses (hospital training) from 'A' University. The primary cause for these incidents were: lack of forecasting danger, lack of confirmation, lack of carefulness, lack of skill, lack of experience, lack of knowledge, lack of understanding, over confidence, immature decision making etc.

The results of this research show that there should be consideration given to the necessity that each individual teacher, with regard to nursing students can reinforce lessons for the acquirement of practical skills, promote an environment where skills can be practiced and improved, consciously feel that they must offer the most reliable skills, and create an atmosphere where an open exchange of ideas between nursing students and those clinical instructor.

**Keywords:** Nursing students, practical training in pediatric nursing (in hospital), incident, education of nursing.

### はじめに

医療の高度化，専門化に伴い，リスクマネジメントと医療事故防止が看護職に強く求められている。看護基礎教育においても，安全を確保した実

践能力を備えた専門家を育成する必要がある。特に看護教育の大学化に対して，2004年3月「看護教育の在り方に関する検討会報告」<sup>1)</sup>より看護学生の卒業時の技術の到達レベルが示されたことによって看護学生の卒業時の看護技術取得レベルの

1) 山形県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科  
〒990-2212 山形市上柳 260  
Department of Nursing, Yamagata Prefectural University  
of Health Sciences  
260 Kamiyanagi, Yamagata 990-2212, Japan

2) 山形大学医学部看護学科  
〒990-9585 山形市飯田西 2 丁目 2 番 2 号  
Department of Nursing, Yamagata University  
of Medicine  
2-2-2 Iida Nisi, Yamagata 990-9585, Japan

確認が重要となっている。

山形県内をはじめ全国の看護学生のインシデントの実態は報告されているが<sup>2-9)</sup>, それらは実習領域が限定され, またインシデントに対する学生自身による認識の分析をしたものはほとんどない。

今回の研究では, 小児の看護学実習(病院実習)におけるインシデント発生時の看護学生の思考プロセスと対処行動, 看護学生が報告したインシデントの発生要因などについてまとめ, 小児看護学教育における課題に関して考察を加え報告する。

## 研究目的

病院における小児看護学実習での看護学生のインシデント発生状況の実態を明らかにし, 看護学生に対する小児看護学教育上の課題を考察すること。

## 研究方法

### 1. 対象

A大学において, 平成15年度と16年度に小児看護学の病院実習Ⅱ(病院実習)を履修した看護学生4学年の中でインシデント報告をした9事例。

研究目的と自由意志での参加であることを説明し, 個人が特定されないように配慮することを保証し, 学会発表することにも同意を得た。

### 2. 本研究における用語の操作的定義

この研究において「インシデント」とは, 思いがけない出来事「偶発事象」で, これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性がある事象である。現場ではこれを「ヒヤリ」「ハット」と表現することもある<sup>10)</sup>。

### 3. 調査方法

1) 調査期間は, 平成15年5月から平成16年8月。

2) 調査内容

先行研究や実習施設のインシデントレポートを参考に, 看護学生が報告した単なる結果の記載のみではなく, 看護学生が感じた心の動きや判断のプロセスの記載を求める形式の独自のインシデントレポートを作成。レポートは, 事象1つに対して1枚の記入とし, 項目は, 発生日時, 発生状況, 看護学生の思考プロセスと対処行動, 看護学生が考えるインシデントの発生要因とした。

3) 調査手順

- (1) インシデントレポートの作成。
- (2) 実習指導教員に研究内容の説明を実施した。
- (3) 実習病院に研究内容の説明を実施した。
- (4) 実習開始前に小児看護学実習Ⅱを履修する看護学生4学年生全員に, 研究目的と研究方法について明記した文書にて研究依頼し, 同意書を求めた(同意書提出率; 平成15年度100%, 平成16年度95.8%)。
- (5) 看護学生に対してのインシデントの説明は, 「2. 本研究における用語の操作的定義」と同内容で読みあげ説明を行った。
- (6) 実習中, 看護学生が, インシデントと判断した事象についてレポートに記載する。
- (7) レポートは, 研究者または実習担当教員に提出してもらう。
- (8) 記名は本研究がインシデントの発生要因を把握分析するためにできるだけ多くの事例を集め, さらに教育的関わりではなく, 研究的視点を重要視するために自由記載とした。記名があった場合でも, 無記名扱いとした。

### 4. 分析方法

インシデントの発生状況, インシデントへの対処, インシデントのおこった理由, 学生が考えたことなどについて, 研究者間で帰納的に検討しながら客観性を確認し, 抽象度を高めた。報告の内容ではインシデントを疑う内容もあったが, 学生がインシデントと考え報告していたため, 全数を分析対象とした。

### 5. 倫理的配慮

小児看護学実習Ⅱを15年度と平成16年度履修した看護学生4学年生に対して, 研究目的・方法などを明記した文書で研究依頼した。研究参加は自由意志であり, 参加しない場合も成績の評価などで不利益にならないことおよび個人情報の保護を保証した。レポートは, 研究のみに用い, 終了後は廃棄した。A大学倫理委員会へ倫理審査申請したところ, 委員長より審査を要するような倫理的問題はないとの回答を得た。

### 6. 学習背景

本学の小児看護学は, 小児看護学概論, 小児看護援助論Ⅰ・Ⅱ, 小児看護学実習Ⅰ(幼稚園実習)・Ⅱ(病院実習)で構成され, 担当者は一人の教員を中心に非常勤講師の応援を得ながら実施している。

小児看護学実習Ⅱの事前学習として、小児看護援助論Ⅱにおいて演習をしているが、演習内容は、1)入院時の取扱・準備、2)静脈内持続点滴の準備、3)シリンジポンプと自動輸液ポンプの使用方法、4)検温・血圧・情報収集、5)体重測定、6)おむつ交換、7)採尿、8)採血時の抑制方法、9)水薬の準備と投与方法、10)ネブライザーの準備と薬液の準備、11)回診の介助方法の11項目について実施している。さらに病院実習開始直前にこれらの内容を学内で演習させている。

また、小児看護学実習場である病院とは、実習開始前に学生の技術水準については確認しあい、効果的な実習ができるよう配慮している。

## 本学の小児看護学実習の概要

### 1. 小児看護学実習の構成

小児看護学実習にはⅠとⅡがある。Ⅰは幼稚園実習で健康な子ども増を把握することを目的とした実習であり、Ⅱは病院実習である。病院実習の前に幼稚園実習を実施して、疾患をもった子どもにその目標となる健康な子ども像を把握するための実習としている。

### 2. 小児看護学実習Ⅱ

#### 1) 目的

疾患を持った小児各期にある対象の、より良い成長発達をめざし、家族や対象の環境についても総合的にとらえながら、健康問題解決に必要な看護診断と看護援助の実践について学ぶ。

#### 2) 目標

- (1) 健康障害を持つ対象に対し、成長発達を促し、より良い健康生活を目指した援助をするために、看護者としての役割を認識する。
- (2) 健康障害を持つ対象を社会の一員として理解し、個々の小児の特徴をふまえた人間関係を成立できる。
- (3) 病院（小児病棟）実習によって健康障害を持つ対象とその家族のニーズを診断し、看護を実践・評価する能力を養う。
- (4) 小児看護における基礎看護技術および特殊看護技術について理解、習得する。
- (5) 地域保健・福祉などの連携を知り、看護者の役割を理解する。

## 結 果

平成15年度は7事例、平成16年度は2事例報告があり、計9事例の報告があった。学生の記載内容は「 」に示したが、学生の記載内容のみでは状況把握が困難だったため、プロセスなどを踏まえて（ ）として説明を加えた。

### 1. 事例 1

点滴抜去時、施行されていないほうの上肢を押さえなかったために抜かれそうになったがなんとか一方の手を抑えて抜かれずにすんだという事例であった。学生は「患児の右手を抑制していなかったため」に発生したとし、「自分のことだけに集中していて、何が起こるか、いろんな状況を想定して行動することができなかった」と考察していた。

### 2. 事例 2

看護学生の受け持ちであった患児が高熱を出したので、坐薬の挿入をしたが、実習時間が終了したので（吸収されたかどうかの）確認をしないで帰宅した。しかしその後、患児に挿入した坐薬が何らかの理由で（原因は記入なし）排泄され、体温が40度まで上昇して、再度解熱剤を投与されてしまったという事例であった。

「坐薬を挿入した後、確認しなかった。（肛門部圧迫をしなかった）」ために発生したとし、「坐薬を挿入した後、薬剤が溶けて出ていたり、いきんで出たりしていないか確認するべきであった。その後すぐ、実習終了（時間）となり、確認することができなかったのも、病棟（受け持ち）看護師に確認してもらうよう頼むべきであった」と考察していた。

### 3. 事例 3

患児に採尿バッグを装着するときにバッグの中に（看護学生が自分の）指を入れ不潔にしたため、再度採尿バッグを開封して貼付したという事例であった。

看護学生は「演習は行っていたが、注意点を良く学んでいなかった。急にやらせてもらうことになって焦った。採尿袋をむやみに触ってはいけないことすら、その時考えられなかった」ために発生したとし、「やらせてもらえると思わないことでも、実習中はチャンスもあるので予習をしっかりしておき、いつ声がかかっても良いような体勢でいることが重要だと思った。ただ演習をするだけ

でなく、実際の場面を想定してやってみたり、根拠や注意点もしっかりおさえておくべきだったと思う」と考察していた。

#### 4. 事例 4

洗髪時、大人用の洗髪椅子を用いたために高さが合わず、寝衣まで濡らしたという事例であった。看護学生は「襟足に直接水をあてたため。基礎実習室では、ストレッチャーで練習したが病院では(リクライニング)椅子だった。洗面台と椅子の傾斜があわなかった。椅子が成人用であったがそれを知らずに工夫をしなかった」ために発生したとし、「実習前に基礎技術の練習をする。椅子の高さがあわなかったら、あうように工夫する。ストレッチャー使用、座布団を敷く、前かがみで行うなど。」「水が入ったら『入った、と言ってください』と言う」と考察し、「水が入ってきたときにそのまま洗髪を続けていいのか?」という疑問が出されていた。

#### 5. 事例 5

受け持ち患児が持続的にネブライザー噴霧を受けていたが、噴霧が止まったので蓋を開けたらまだ終了していなかったという事例であった。看護学生は、「ネブライザーの仕組みを良く知らないで蓋を開けてしまった」ために発生したとし、「すぐに報告することは必要であると思った」と考察していた。

#### 6. 事例 6

点滴の準備中、滴下セットを接続する時に延長チューブの蓋をしたまま接続したので点滴が流れなかったため、もう1つセットを開封してしまったという事例であった。

学生は、「(エクステンションチューブの)キャップがついていることに気付かず、ただかみ合わせが悪いだけだと思い、無理やりに力任せに接続したため」ために発生したとし、「思い込みがあると冷静に考えればわかることも見逃してしまう」と考察していた。

#### 7. 事例 7

カルテに自分の記録用紙をはさんでそのまま帰宅し、翌日回収したという事例であった。看護学生は「病棟を離れる時に記録物の確認を怠ったため」に発生したとし、「何事にも確認をし忘れてはいけないということが身にしみてわかった」と考察していた。

#### 8. 事例 8

受け持ち患児が点滴中であり、点滴セットのチューブに気泡が入っていたために、クレンメで止めて、看護師を呼びに行った。看護師が逆流を試みたが逆流しなかったため、抜去となってしまった。父親が付き添っており、看護師に「大丈夫でしょうか」と不安を訴えたという事例であった。

「気泡は刺入部と接続部の真ん中に行っていたが、それより前にクレンメより接続部よりのところに気泡らしきものがあったのに気づいていたのを看護師に報告しなかったのも、そのとき報告していれば混乱しなくて済んだと思う」ために発生したとし、「かなり慌てていたので細部はよく覚えていないが、患者さんを安心させることが先決だった。それができなかったのが悔やまれる。その場を離れてしまったことは、非常に危険だったと思われる。今後は点滴のチューブも必ず確認したい」と考察していた。

#### 9. 事例 9

受け持ち患児の採血時の介助の実習であったが、カルテの読み違いから受け持ち患児の採血日を、すでに終了していたにもかかわらず明日と勘違いして、実習させてもらえるように看護師に依頼したという事例であった。

「私が『明日』という字を見て、21日の明日(=22日)ではなく、今日(22日)の明日(23日)だと思いこんでしまったため」に発生したとし、「まず日付をきちんと確認すること、また明日という表記ではなく、きちんと数字の日付を書くことが情報を伝える側も受ける側もわかる」と考察していた。

### 考 察

#### 1. 事例 1

このインシデント報告では、患児が1歳児のため、父親にだっこされたままで点滴を抜去しようとして発生していた。実習病院では看護師が点滴の針を抜去することになっており、看護学生は点滴している手の抑制だけを行っていた。看護学生は点滴針の抜去時患児の手の抑制をすることになっていた。しかし、抑制していないほうの手で自己抜去されそうになったため、一方の手を父親に押さえてもらうか、看護学生が最初から抑制す



ればよかったと考えられた。看護学生は、自分のことだけに集中して余裕がなかった、危険予測ができなかったと考えており、実際の場面に面したときに知識としてはもっていても技術として生かせないという状況であったと考えられた。このような場面では、一緒に実施する、手本を示す、危険がないかの状況を確認するなどの教育的指導が必要と考えられた。

大塚ら<sup>2)</sup>は「幼児期の子どもの思考の特徴は自己中心的であり、行動も自己の要求によるものが多い。そのような患児の行動を学生が実習初期に予測することは困難」と述べている。この事例においても、患児の危険行動の予測をすることができていないことから、教員や実習指導者は看護学生に対して幼児の特性を思い起こさせるとともに、抑制ポイント「両方の手を押さえて」などの指示をすることが必要であったと考えられた。

## 2. 事例 2

このインシデント報告では、実習時間が終了するという事で坐薬が排泄されていないかどうかの確認を看護師に依頼すべきだったと学生は考えていたが、確認不足に関しては、教員や指導者は学生の実施した看護について確実に実施できるように指導していく必要がある。看護学生が受け持ち患児の解熱の確認までできない状況であれば、受け持ち看護師にしっかり申し送ることが大切である。しかし、ここではむしろ坐薬が出てこないようにしばらく肛門部を抑えているべきだったと考えられ、藤澤ら<sup>3)</sup>が、「ヒヤリ・ハット」事例の原因で、学生の確認不足意識が最も多く、看護師らは「知識・経験不足」が最も多かったと述べているように、この事例においても「体温が高いとすぐに坐薬は溶けて、吸収される」といった坐薬挿入時の看護における科学的根拠を十分に理解していれば防止できたのではないかと考えられた。さらに、看護学生自身に医療行為を実施することにもっと責任感をもたせることが重要であると考えられた。

## 3. 事例 3

このインシデント報告では、入院の慌ただしい中で急に実施してみるように言われ、看護学生は動転したと考えられた。看護学生は、学内演習で練習しており注意点も分かっていたはずなのに身につけていなかった、また、考えてみればそんな

ことをしてはいけないことも分かっていたのにと振り返っていた。とっさの事態に対応できないのは、初めて生きている子どもに採尿バッグを装着する看護学生にとっては当然のことと考えられた。注意不足のこの事例では、教員や指導者は看護学生に「注意点は？ ゆっくりで良いから考えて実施してね」などと言って、その場面で基本原則や手順、注意事項を思い起こさせる時間や考える時間を与えることが必要であったと考えられた。

## 4. 事例 4

このインシデント報告では、看護学生は自ら基礎看護技術の未熟さ（技術不足）に気付いていた。しかし、ここで大切なことは、大人用の洗髪椅子を用いた時に受け持ちである患児のサイズに合わせる工夫が必要だったと学生が気付いていたことである。また、濡れた時に慌ててしまい、適切な対応方法が思いつかなかったとも報告していたことから、知識・経験不足が考えられ、ここで教員や指導者は、濡らしてしまったら手早く洗髪を終了させ着替えをできるだけ早く済ませるよう指導する必要があると考えられた。

## 5. 事例 5

このインシデント報告では、事象のみに目が行き、どうかしなければならぬと思って焦ったという看護学生の状況があったことが考えられた。これは結果的には、インシデントとはいいがたいようにも思われるが、学生はこのようなことも大きな失敗と思っていることがこの事例から明らかになった。

噴霧が止まったら、まず液がないのかと考えること、次に蛇腹に水が貯留していないかということや電源や蛇腹の接続状況などの基本的な確認と手順（器械操作の知識不足と手順の理解不足）をたどることが大切であることを指摘する必要がある。機械操作は経験から学んでいくことが多いが、操作確認ができるように演習では強化していく必要があると考えられた。

「すぐに看護師に報告すべきだった」と考えた看護学生の判断は正しくはあるが、事象を見て自力で解決していく能力を身に着けるためには、看護師に告げるだけでは臨地実習にはならないと考えられる。

## 6. 事例 6

このインシデント報告の点滴セットの装着は、

基礎看護技術の学内演習で学習しているものであるが、臨地実習においては「不潔にしてはいけない」と緊張し、キャップなどは見えなくなり、つながるはずだと思い込んで（思い込み）しまったの失敗と考えられた。落ち着いて考えればできるのにできないというのが臨地実習で誰もが一度は体験することではないかと考えられる。自信を持てているのは学生時代にはまだ期待できないとしても、落ち着いて考えればできるという意識付けをしていく必要があると考えられた。

## 7. 事例 7

このインシデント報告では、看護学生が失敗した、不注意だった、確認不足だったと思ったのは、実習する上で自分の記録物を落としたりどこかに忘れたりしてはいけないという注意を教員から受けているためとその日その日の実習を終了することに精一杯の状況のために起きてしまったのではないかと考えられた。実習終了時には「忘れ物がないか」などの声かけも必要である。しかし、看護学生を考える事なしの指示待ち人間にしてはならないことも教育上重要と考えられ、学生の自主的行動力の育成をしていかなければならないと考えられた。

## 8. 事例 8

このインシデント報告では、看護学生のとった行動に一眼インシデントは無いように思われるが、何故インシデントと看護学生は判断したのかをみると、その場を離れたこと、患児の父親に不安感を与えたことをインシデントと考えており、実は重要な視点だと考えられた。また、気泡がチューブの中ほどにあった時に気泡に気づいており、刺入部まで移動しないうちに看護師に報告すれば点滴抜去まで至らなかったとも考えていたことから、この事例は、状況の判断力が未熟なために起こったと考えられた。土屋<sup>11)</sup>は学生のヒヤリ・ハットの内容分析の中で「知識や経験不足から判断の甘さや危険の予測が困難」「技術の未熟さが不安や緊張を生み、結果的には技術の失敗につながっています」と述べているがこの状況はこの事例と重なっている。

教員は点滴のチューブトラブルについて、実際にセットし、流してみせたりして、起こりうる偶発事故についてより具体的に説明を加える必要があると考えられた。また、血管から入る空気の危

険域についても教授していく必要があると考えられた。

## 9. 事例 9

このインシデント報告では、実際には問題は起きていないが、日にちなどの読み間違いは、本人の勘違い（思い込み）が大きいと思われた。患者に関わることは何度でも確認していくように指導していく必要があると考えられた。

## 10. 全体的考察

井口<sup>4)</sup>は小児看護実習における実習記録の「危ない」と感じた場面の記述分析において、事故の予測では「ベッド転落」「その他の転倒・転落」「外傷」「与薬・点滴」が多く、特に「ベッド転落」では、安全に対する注意の欠落と安全に対する認識の甘さを指摘している。さらに、榎田ら<sup>5)</sup>も小児看護実習中に最も多かった事故として「転倒・転落」をあげ、その原因として「病態の特徴や状態把握ができていない」「点滴装着などの特定状況での技術の未熟」「自己判断」が事故につながる行動パターンと報告している。本調査では既存の報告<sup>4-6)</sup>のように小児の病棟で起きやすい事故「ベッド転落や転倒」などの安全に関する報告はなかったことは、実習病院ではベッド転落防止に関する強化を行っており、看護学生への指導も浸透したためと考えられる。しかし「ベッド転落や転倒」などの事故は、小児の場合生命に直結しやすいので、今後も事故予防の講義などによる強調や実習場面での繰り返した指導、病棟と協働した環境体制整備が必要であると考えられた。

各事例の分析から共通して言えることは、看護学生は学内でこれまで習得した学習が実習の場では統合することが未熟であることが考えられた。臨地実習における学びは、学内学習との統合にあり、各場面において基本原則や手順、注意事項を思い出す時間を確保し、実践と理論を結び付けていくことが重要であると考えられた。

今回の報告では、看護学生を特定していないために、インシデント発生後の後始末をどう行ったかが不明確の事例があった。看護学生のインシデントについては、インシデント発生後あるいは最中の指導が重要であると考えられる。このことについては土屋<sup>8)</sup>も「体験後に話し合う機会を持った学生は、明らかに事故の原因や対策に広がりを持つ」と述べ、事後の対応の重要性を示唆している。

また、伊藤ら<sup>9)</sup>も、小児看護学実習の臨床実習指導者に対する調査の中で、「学生が実習中に事故を起こしていたときの対応」が決まっていたのは6割に過ぎず、事故がおきやすい病棟の体制や看護について学生と自由に意見を交換し、事故防止に努めていると報告している。看護学生はその時、その場面での確かな指摘や指導を受けることができれば、事後しばらく経過してから指摘されるより教育的効果は上がると考えられる。

また、すべての実習状況を教員や指導者が把握するには困難があるが、学生が単独で実施してはいけなような水準2レベル以上の高い看護ケアが求められるものの実習では、必ず教員や指導者の指導・監視のもとで行なわれなければならない<sup>12)</sup>。看護学生は、不確かな看護ケアをすることにより実習において恥をかいしたり、失敗をしたりしてそれ以後の実習への意欲に影響が出る場合もあると考えられる。モチベーションを持続させるためにも知的能力を落とさないためにも、自主的な学内演習ができるように実習室をいつでも利用できるように解放し、技術を繰り返し練習できる環境も準備する必要がある。さらに、教員の講義・演習・実習を通した関わりのほか、指導者とのカンファレンスからの学びでも、事故を防止していくことが可能になると考えられる。

土屋ら<sup>13)</sup>は、新人看護師が事故を起こす場合を例にあげ、看護師は講義・演習・実習をとおしてさまざまな知識を得ているが、個々の患者に対して臨機応変に対応できるだけの時間数の設定はなく、事故を起こしやすい要因として、①知識不足によるアセスメント能力の欠除 ②経験不足からくる事故防止のための対処法を知らないこと ③病院・病棟ごとの決まりごとを知らないこと ④業務全体の流れが見えないために、業務の調整ができない ⑤同僚との人間関係が不慣れなこと、聞けない・いえない状況がある ⑥思い込み・注意不足・観察不足・確認不足・勘違いがあること ⑦事故の背景要因を分析する能力及び努力不足を上げている。この文献と本研究を比較すると、ほとんどすべての項目が当てはまり、学生時代の実習での学びが新人看護師の事故発生に大きく影響すると考えられる。つまり、学生時代に学生自身が学習内容を深め、科学的根拠に基づいて行動が取れるようになるよう努力すること、教員も学生

の能力を引き出し、より確実な看護の展開が可能となるように教授内容を工夫し、学生の気づきを促すとともに、実習環境を整えることが重要な課題であると考えられた。実習は、学生の看護実践能力の育成の最も良い機会であり、人的環境としても、教員と指導者の連携が重要であり、インシデント発生後の対処を含めた話し合いなども重要な課題と考えられる。

また、今回は自由意志による報告となるため、実際に起こったインシデントのすべてが報告されてはいないと思われた。看護学生はインシデントであることに気づいていないとも考えられるが、看護職に携わるものは、常に一人一人が対象に対して確実な技術提供をしなければならないという自覚が必要であると考えられ、専門的知識と技術の提供者としての意識付けをしていく必要があると考えられた。本研究では、看護学生から報告のあった9事例の分析をしたが、数的にはインシデント発生の実態を十分に反映しているとはいえない。今後さらに例数を増やし、より確かなものとしていくことが課題を明確にしていくことに貢献すると考えられる。

## 結 論

A 大学の看護学生の小児看護学実習におけるインシデント報告から、インシデント発生要因は、認知判断能力の未発達、危険予測不足、確認不足、注意不足、技術不足、経験不足、知識不足、理解不足、思い込み、未熟な判断力などであった。

教育上の課題は、看護学生に対し、自信を持って技術を提供するために技術習得のための科学的根拠に基づいた演習を強化すること、技術に対して不安を持つ看護学生には自主的に技術が習得できるように演習室を開放していつでも演習可能にすることや指導教員の人的充実などによって技術を練磨させる環境作りをすること、一人一人が確実な技術提供をしなければならないという意識付けをしていくこと、これらのことを学生自身が自主的に取り組む姿勢を養うこと、実習指導者と看護学生との自由な意見交換のもとで気づきなどが得られるような環境作りをすることなどが必要であることが考察された。

この論文は山形県立保健医療大学の平成16年度共同研究費を受けて実施した研究をまとめたも



のである。

## 文 献

- 1) 厚生労働省 看護問題研究会監修：新たな看護の在り方に関する検討会報告書．日本看護協会出版会，183-187，2004.
- 2) 大塚香，出野慶子，本間照子ほか：小児病棟実習における学生の「ヒヤリ・ハット」体験の実態—学生の質問紙調査の分析より—．東邦大学医学部看護学科・東邦大学短期大学紀要，17-53，2003.
- 3) 藤澤怜子，東玲子，石村徳彦ほか：基礎看護教育における医療事故防止対策の検討—臨地実習中の「ヒヤリ・ハット」の実態と看護学生の医療過誤に対する認識—．第32回 日本看護学会集録（看護教育），107-109，2001.
- 4) 井口佳志子，黒坂知子：小児看護学実習における学習結果とインシデント・アクシデントの実態（その1）．東京医科大学看護専門学校紀要，14(1)：21-32，2004.
- 5) 榎田守子，久保洋子，長尾厚子ほか：看護実習における事故発生の要因と防止策．神戸市看護大学短期大学部紀要，21：21-27，2002.
- 6) 赤川晴美：小児看護実習におけるケアの安全性（第1報）事故事例の分析から指導上の指針を取り出して．福井県立大学看護短期大学部論集，3：59-68，1996.
- 7) 赤川晴美：小児看護実習におけるケアの安全性（第2報）事故事例の分析から指導上の指針を取り出して．福井県立大学看護短期大学部論集，5：21-34，1997.
- 8) 土屋八千代：学生の実習中の事故とその対策に見る看護教員の役割．看護教育，35(7)：495-500，1994.
- 9) 伊藤久美，阿部さとみ，込山洋美ほか：看護系大学の小児看護学実習受け入れ施設における倫理的配慮．日本小児看護学会誌，11(2)：7-12，2002.
- 10) 日本看護協会リスクマネジメント検討委員会編：特集1 組織で取り組む医療事故防止．看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン．かんご，51(12)：，031，1999.
- 11) 土屋八千代：ヒヤリ・ハットした体験を事故防止に役立てよう．クリニカルスタディ，21(9)：62-65，2000.
- 12) 前掲書 1) p184.
- 13) 土屋八千代，宮岡久子，山田静子ほか編著：看護事故を予防する．医歯薬出版，18-21，2003. — 2004. 12. 5. 受稿，2005. 2. 18. 受理 —

## 要 旨

医療の高度化，専門化に伴い，リスクマネジメントと医療事故防止が看護職に強く求められている。看護基礎教育においても，安全を確保した実践能力を備えた専門家を育成する必要がある。

本研究は，病院における小児看護学実習での看護学生のインシデント発生状況の実態を明らかにし，小児看護学教育上の課題を考察することを目的にして実施した。

その結果9事例のインシデント報告があり，A大学の看護学生の小児看護学実習におけるインシデント発生要因は，危険予測不足，確認不足，注意不足，技術不足，経験不足，知識不足，理解不足，思い込み，未熟な判断力などであった。

教育上の課題として，看護学生に対し，技術習得のための演習を強化すること，技術を練磨させる環境作りをすること，確実な技術提供をしなければならないという意識付けをすること，実習指導者と看護学生との自由な意見交換のもとでの環境作りが必要であることなどが考察された。

**キーワード：**看護学生，小児看護学（病院）実習，インシデント，看護教育